

肝臓専門外来 FAX予約申込書

平成 年 月 日

フリガナ		性別		明・大・昭・平	
患者名		男・女	生年月日	年 月 日	()才
住所	(〒 —)		医大受診歴	有・無	
			医大ID番号	()	
			TEL		
予約希望日 (※肝臓外来診察日は月・水・木)	第1希望	月 日	午前・午後	第2希望	月 日
診療科	科		医師名	()	
傷病名・症状					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> その他()				
紹介元 医療機関			返信先FAX番号	医師名	()

◆コンピューター登録に必要となりますのでご記入をお願いします。

◆予約が決まり次第、予約票を送信致します。

和歌山県立医科大学付属病院

肝疾患相談支援センター TEL073-441-0850 FAX073-441-0851

受付(平日 月～金 9:00～16:00)

※16:00以降に頂きました申し込みにつきましては翌日(休日の場合は平日以降)となります。

※お電話で
予約申込みの場合

→ 医大ID番号がわかる方はすぐに予約取らせて頂きます。
(受診歴有りの方)

↘ ID番号がない方またはID番号がわからない方は
(受診歴無しの方)
お電話での申込みの際、上記内容(患者様氏名・生年月日等)
をお伝え下さい。予約後ご連絡致します。